




Disponible en ligne sur  
  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
 www.em-consulte.com



Article original

## Prise en charge des nouveau-nés naissant dans un liquide méconial : évaluation prospective des pratiques

### *Management of newborns with meconium-stained amniotic fluid: Prospective evaluation of practice*

F. Michel<sup>a,\*</sup>, C. Nicaise<sup>a</sup>, T. Camus<sup>b</sup>, J.-N. Di-Marco<sup>a</sup>, L. Thomachot<sup>a</sup>, R. Vialet<sup>a</sup>, C. Martin<sup>a</sup>, P. Lagier<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unité de réanimation pédiatrique et néonatale, unité de brûlés pédiatriques, département d'anesthésie-réanimation, centre hospitalo-universitaire Nord, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, faculté de médecine de Marseille, université de la Méditerranée, chemin des Bourrelys, 13915 Marseille cedex 20, France

<sup>b</sup>Maternité Catherine-Baret, CHR de Pertuis, Pertuis, France

#### INFO ARTICLE

##### Historique de l'article :

Reçu le 17 novembre 2009

Accepté le 19 mai 2010

Disponible sur Internet le 14 juillet 2010

##### Mots clés :

Liquide amniotique méconial  
 Syndrome d'inhalation méconiale  
 Nouveau-né  
 Détresse respiratoire  
 Aspiration trachéale  
 Intubation  
 Réanimation  
 Protocoles

##### Keywords:

Meconium-stained fluid  
 Meconium aspiration syndrome  
 Newborn  
 Tracheal suction  
 Intubation  
 Resuscitation  
 Guidelines

#### R É S U M É

**Objectif.** – Un protocole de prise en charge des enfants naissant dans un liquide amniotique méconial (LAM), basé sur la réalisation d'une aspiration trachéale immédiate (ATI) en fonction de l'adaptation néonatale a été établi en 2003 au sein du réseau de périnatalité. Cette étude a évalué l'application de ce protocole trois ans après sa mise en place.

**Type d'étude.** – Cohorte prospective.

**Patients et méthodes.** – Nous avons mené un court questionnaire sur les pratiques de l'ATI au sein du réseau, puis une évaluation de la prise en charge et de l'évolution immédiate de tous les nouveau-nés à terme présentant un LAM particulière a été réalisée par questionnaire.

**Résultats.** – Parmi 6761 naissances, 199 (3 %) présentaient un LAM. Cinquante-deux nouveau-nés (26 %) étaient non vigoureux ; 22 d'entre eux (42 %) ont eu une ATI. Cent quarante-sept enfants (74 %) étaient vigoureux. Une ATI a été réalisée chez 27 (18 %) d'entre eux. Pour les enfants non vigoureux, le protocole était mieux suivi en maternité de niveau III. Pour les enfants vigoureux, le protocole était moins bien suivi en maternité de niveau II. Parmi les 52 enfants non vigoureux, huit (15 %) ont présenté un syndrome d'inhalation méconiale (SIM) dont cinq qui avaient eu une ATI. Un seul SIM est survenu parmi les enfants vigoureux mais une infection ne pouvait être exclue.

**Conclusion.** – Les recommandations concernant l'ATI ont été suivies dans 70 % des cas et pour 42 % des enfants étant nés non vigoureux. Nous devons améliorer la formation et la diffusion des nouveaux protocoles.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### A B S T R A C T

**Objective.** – Regional guideline for immediate tracheal suctioning (ITS) in vigorous and non-vigorous infants born through meconium-stained amniotic fluid (MSAF) has been established in 2003. The objective of this study was to evaluate guideline application.

**Study design.** – Prospective cohort.

**Patients and methods.** – The first part of the study was a short survey about ITS practices in maternity hospitals then, management and early evolution of babies born through particulate MSAF was evaluated by questionnaire.

**Results.** – Among 6761 neonates, 199 (3%) were born with MSAF. Early clinical evaluation showed 52 (26%) non-vigorous neonates; 22 of them (42%) have had an ITS. One hundred and forty-seven neonates were vigorous (74%); 27 of them (18%) have had an ITS. Implementation of recommendations in non-vigorous babies was better in maternities of level III, while they were lower in maternities of level IIA for vigorous babies. Among 52 non-vigorous children, eight had a meconium

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fabrice.michel@ap-hm.fr (F. Michel).

aspiration syndrome (MAS), including five who had an ITS. One MAS occurred in vigorous babies but infection could not be excluded.

*Conclusion.* – Recommendations for ITS were implemented in 70% of cases but only in 42% of cases in non-vigorous babies. We have to improve formation and circulation of new recommendations.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

L'émission de méconium peut survenir avant la naissance, dans le liquide amniotique. En France, 5 % des naissances sont accompagnées d'un liquide amniotique méconial (LAM) et jusqu'à 30 % pour les grossesses avec dépassement de terme [1]. Bien que le plus souvent sans conséquences, cette émission de méconium peut parfois s'accompagner d'un syndrome d'inhalation méconiale (SIM) correspondant à une détresse respiratoire aiguë immédiate provoquée par l'inhalation de liquide méconial, soit in utero lors des mouvements respiratoires, soit lors des premiers cycles respiratoires à la naissance. Il s'agit de la première cause de détresse respiratoire du nouveau-né à terme. La fréquence de survenue d'un SIM semble avoir diminuée ces 20 dernières années et se situe en dessous des 5 % des naissances avec LAM. La morbi-mortalité de cette pathologie a aussi diminué avec les progrès en obstétrique et en réanimation néonatale mais reste grevée de 1 à 5 % de mortalité [2,3].

L'intubation et l'aspiration trachéale immédiate (ATI) avec laryngoscopie ont longtemps été pratiquées d'emblée avant toute ventilation au masque [4–6]. Pourtant, Wiswell et al. [7], en 2000, ont montré que l'intubation et l'ATI ne diminuaient pas le risque de détresse respiratoire. Les recommandations pour la prise en charge de ces enfants ont été modifiées et l'ATI est maintenant réservée aux enfants présentant une mauvaise adaptation néonatale [8–12]. D'autres moyens mécaniques, comme l'aspiration obstétricale (aspiration pharyngée à la vulve avant le dégageant des épaules) ou les compressions thoraciques, ont également été pratiqués mais ne font plus partie des pratiques recommandées [13]. Récemment, une enquête auprès de 319 maternités en France a mis en évidence que beaucoup d'entre elles pratiquaient toujours une ATI systématique [14]. En se basant sur les nouvelles recommandations, notre réseau de périnatalité a validé et diffusé en 2003 un protocole de prise en charge des nouveau-nés issus d'une grossesse avec LAM. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer, trois ans après la validation de ce protocole, son application au sein des différentes maternités du réseau concernant en particulier la pratique de l'ATI. Les objectifs secondaires étaient d'obtenir des données épidémiologiques et d'évaluer le devenir des enfants naissant dans un LAM.

## 2. Méthodes

Le protocole de prise en charge immédiate des nouveau-nés issus d'une grossesse avec LAM a été établi en 2003, suite à trois réunions successives au sein du réseau de périnatalité associant des médecins des deux services de réanimation néonatale de la région, les médecins et les sages-femmes des maternités du réseau. Celui-ci a été ensuite diffusé par l'intermédiaire du réseau de périnatalité à l'ensemble des médecins intervenant dans la prise en charge des nouveau-nés dans la région. Un médecin de chaque maternité a reçu une formation théorique et pratique.

### 2.1. Protocole de prise en charge

Dès la naissance, l'évaluation initiale permettait d'établir si le nouveau-né était « vigoureux » (bonne adaptation néonatale) ou « non vigoureux » (bradycardie < 100 b/min, détresse respiratoire

ou hypotonie). Dans le premier cas, une simple surveillance était requise. Si une détresse respiratoire et/ou une oxygénodépendance survenaient secondairement, alors le nouveau-né rejoignait le bras des nouveau-nés « non vigoureux ». Pour ceux-là, une aspiration trachéale sous laryngoscopie avec une sonde de gros calibre ou à travers la sonde d'intubation était recommandée. Celle-ci devait être répétée tant que du méconium pouvait être aspiré. Après une nouvelle évaluation, si les signes de détresse respiratoire persistaient, une intubation trachéale était réalisée. Puis, si l'encombrement était peu important, la FiO<sub>2</sub> inférieure à 40 %, l'hémodynamique normale et qu'il présentait une bonne réactivité, le nouveau-né était extubé. Dans les cas les plus sévères, lorsque les aspirations restaient sales et que la FiO<sub>2</sub> était supérieure à 40 %, un bronchoalvéolaire (LBA) au surfactant dilué dans du sérum physiologique (120 mg/20 ml) pouvait être réalisé avant de débuter la ventilation mécanique.

### 2.2. Évaluation des pratiques

L'évaluation a consisté en deux étapes. Dans un premier temps, une enquête téléphonique a été menée auprès des sages-femmes dans chaque maternité pour savoir si un médecin-pédiatre était appelé systématiquement en cas de LAM, quel médecin réalisait l'ATI et si la sage-femme réalisait l'ATI.

Immédiatement après ce questionnaire, une étude prospective sur 12 semaines entre le 6 mars et le 21 mai 2006 a été conduite. Pour chaque nouveau-né d'âge gestationnel supérieur à 37 semaines d'aménorrhée issu d'une grossesse avec LAM particulière ou « purée de pois », le médecin présent lors de l'accouchement ou ayant réanimé l'enfant devait répondre à un questionnaire après la prise en charge initiale. Ce questionnaire comportait six parties distinctes permettant d'évaluer :

- le déroulement de la grossesse ;
- le déroulement de l'accouchement ;
- l'évaluation clinique initiale du nouveau-né ;
- la prévention de l'inhalation de LAM en salle de naissance ;
- le support cardiorespiratoire en salle de naissance ;
- l'évolution.

L'existence d'un SIM était affirmée par la persistance d'une oxygénodépendance ou le recours à un support ventilatoire (pression positive continue [CPAP] ou ventilation mécanique invasive) associé à des opacités alvéolaires bilatérales sur la radiographie du thorax. Pour chaque cas, la prise en charge était analysée en fonction des données cliniques et classée « respect du protocole » ou « non-respect du protocole » en fonction de la réalisation ou pas d'une ATI sous laryngoscopie. Le non-respect du protocole était défini pour les enfants vigoureux par : la réalisation d'une ATI à la naissance. Pour les enfants non vigoureux, le non-respect du protocole était défini par l'absence de réalisation d'une ATI. Par ailleurs, étaient également notés la réalisation d'un LBA au sérum physiologique, d'un LBA au surfactant dilué ou la réalisation d'une instillation de surfactant. La réalisation de compressions thoraciques et de l'aspiration obstétricale et de l'aspiration pharyngée, souvent pratiquées de façon systématique, n'a pas été prise en compte comme « non-respect du protocole ».

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2746312>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2746312>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)